FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESTÁNDAR PARA LA TARJETA DE DESCUENTO APROBADA POR MEDICARE Y AYUDA ADICIONAL PARA PAGAR SUS RECETAS

MEDICARE SM APPROVED Rx

Nombre del patrocinador de la tarjeta de descuento:	Nombre del producto:
Tarifa de inscripción:	Número de CMS de identificación del patrocinador:

PASO 1: RESPONDA A LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES

Tengo la Parte A o B de Medicare. ❑ Sí ❑ No

Tengo el beneficio de receta médica para paciente ambulatorio del programa Medicaid de mi estado. ❑ Sí ❑ No

Sí respondió SI a AMBAS afirmaciones, continúe con el PASO 2.

Si respondió NO a una de las afirmaciones anteriores, probablemente no reúna los requisitos para participar en este programa. Por favor lea la primera página de las instrucciones o llame al patrocinador de la tarjeta de descuento aprobada por Medicare que haya seleccionado y solicite ayuda.

PASO 2: COMPLETE ESTA INFORMACIÓN PERSONAL

Primer nombre Iniciales del segundo nombre Apellido			Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo
Dirección			Ciudad / Estado	Código postal
Número de seguro social	Número de identificación de Medicare		Número de teléfono *(con código de área)*	

PASO 3: POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Tiene TRICARE *(seguro médico para los militares)*? ❑ Sí ❑ No

¿Tiene el seguro de jubilado o empleado federal *(FEHBP por sus siglas en inglés)*? ❑ Sí ❑ No

¿Tiene otro seguro que cubra las recetas médicas de pacientes ambulatorios, como planes de empledor o de jubilado? ❑ Sí ❑ No

NOTA: Si tiene un plan Medicare+Opción (M+C) o un plan de Medigap, responda "no" a esta pregunta.

Si contestó SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores, probablemente no reúna los requisitos para recibir el crédito de $600. Por favor lea las instrucciones de la página 2 o llame al patrocinador de la tarjeta de descuento aprobada por Medicare que haya seleccionado y solicite ayuda.

Si respondió NO a todas las preguntas, pase a la página siguiente.

Paso 4: Responda a las siguientes preguntas sobre sus ingresos

¿Le ayuda su estado a pagar sus primas de la Parte A o B de Medicare? ❑ Sí ❑ No

Si su respuesta es SÍ, indique lo siguiente y luego CONTINÚE con el PASO 5:

Ingresos: $_____

Por favor indique su estado civil: ❑ Soltero ❑ Casado

Si su estado le ayuda a pagar sus primas de la Parte A o B de Medicare probablemente cumpla con los requisitos si sus ingresos son más de $15,701 si es soltero o $21,074 si es casado *(su coseguro sería de 10% en la farmcia).*

Si su respuesta es NO, por favor continúe contestando las siguientes preguntas.

Soy soltero y mis ingresos son:
❑ $15,701 o menos *(10% de coseguro en la farmcia)*
❑ $11,630 o menos *(5% de coseguro en la farmcia)*

Soy casado y mis ingresos, incluídos los ingresos de mi cónyuge, son:
❑ $21,074 o menos *(10% de coseguro en la farmcia)*
❑ $15,610 o menos *(5% de coseguro en la farmcia)*

Si es casado, por favor indique el número de seguro social de su cónyuge: _____
En los dos últimos años, ¿se ha jubilado, divorciado o ha enviudado? ❑ Sí ❑ No

Paso 5: Lea toda la información y firme el formulario

Divulgación de información: Al presentar mi solicitud de inscripción en la tarjeta de descuento aprobada por Medicare, autorizo a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) a informar a la compañía de la tarjeta de descuento si cuento con los beneficios de seguro de hospital de Medicare (Parte A) o el seguro médico suplementario (Parte B).
De la misma manera, doy mi consentimiento para que el programa estatal Medicaid, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Impuestos Internos cualquier otra agencia que posea información sobre mi persona le entregue a CMS o a sus agentes los datos que sean necesarios para que determinen si reúno los requisitos para obtener la tarjeta de descuento aprobada por Medicare y recibir un crédito de hasta $600 para pagar mis recetas médicas, si lo solicito.

Proceso de revisión: Tengo entendido que mi solicitud será considerada independientemente de mi raza, color de piel, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o ideología política. Es de mi conocimiento que al firmar esta solicitud acepto que los estados, las agencias federales o sus contratistas lleven a cabo una investigación o revisión completa de mi solicitud para determinar si cumplo con los requisitos. Si se solicia, también acepto proporcionar los documentos que sean necesarios para confirmar que la información en esta solicitud esté completa y sea exacta. Si no tengo dichos documentos, acepto dar el nombre de la persona u organización que pueda entregar o divulgar la información necesaria.

Al firmar, usted certifica que ha leído y comprendido la información contenida en este formulario de inscripción. **Si no puede firmar, un representante lo puede hacer por usted**.

En conformidad con la ley federal, cualquier persona que retenga información o proporcione información falsa para recibir asistencia a la que no tiene derecho, estará sujeta a multas, encarcelamiento o ambos. Comprendo las preguntas de esta solicitud y certifico, bajo sanción por falso testimonio, que la información que he proporcionado en este formulario es correcta y cabal a mi mejor saber y entender.

Firma _____Fecha _____

El formulario de inscripción no estará completo, a menos que esté firmado.
Devuelva el formualrio de inscripción completado al patrocinador de la tarjeta de descuento que haya seleccionado.